

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA

El consumo de tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados. Hasta ahora se ha asociado a más de veinticinco enfermedades, y representa uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población española, siendo la principal causa evitable de mortalidad prematura y evitable. Más de 70.000 estudios y numerosos informes, han puesto en evidencia los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y establecen la asociación entre su consumo y la elevada morbimortalidad para la población.

En los últimos años, se han realizado diferentes revisiones buscando evidencia sobre las estrategias más adecuadas, para ayudar a las personas en su proceso de abandono del tabaco. Esta evidencia nos demuestra que, la enfermería es el recurso humano más grande en la asistencia sanitaria, participando en prácticamente todos los niveles de la atención de la salud. El consejo y el apoyo del personal de enfermería pueden aumentar el éxito para que las personas dejen de fumar (Rice, Stead 2005)

En el siguiente plan de cuidados se presentan los principales problemas de salud que aparecen en las personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado de Atención a las Personas Fumadoras. Al tratarse de un plan de cuidados estandarizado, deberá personalizarse para mejorar su eficacia. Los principales objetivos de este plan se centran en la prevención de la morbilidad y sus secuelas, proporcionar la mejor información para reforzar y mantener la capacidad de decisión de los individuos y la conservación de la energía empleada por todas las personas involucradas en los cuidados, ya sean pacientes, sus familiares o profesionales de la salud.

Este plan se establece, como un conjunto de procedimientos dirigidos a la búsqueda de la mejor situación de bienestar de la persona fumadora, englobando en este cuidado la totalidad de circunstancias personales.

Este plan incluye:

- Valoración de enfermería según el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson (Tabla 1.1) y según patrones funcionales de Marjory Gordon (Tabla 1.2).
- Exposición de los principales problemas de enfermería, recogidos en etiquetas diagnósticas siguiendo la taxonomía II de la NANDA.
- Selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC.
- Intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de los resultados, indicadores, intervenciones y actividades enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Este plan de cuidados se ha elaborado con la colaboración de enfermeras expertas en cuidados y calidad asistencial.

Tabla 1.1. Valoración específica de enfermería según Necesidades Básicas de Salud de Virginia Henderson

<p>Necesidad 01. Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.- Dificultad para respirar 2.- Tos inefectiva/no productiva 3.- Fumador/a 4.- Desea dejar de fumar 5.- Edemas 6.- Deterioro de la circulación de MMII 7.- Medicación respiratoria 10.- Frecuencia respiratoria 11.- Frecuencia cardiaca 12.- Tensión arterial 13.- Ruidos respiratorios <p>Necesidad 02. Alimentación/hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> 14.- Alimentación/nutrición 17.- Problemas de la mucosa oral 18.- Sigue algún tipo de dieta 19.- Total de consumo de líquidos diarios 20.- Enumere lo que come en un día 21.- Apetito 22.- Náuseas 23.- Vómitos 24.- Expresa insatisfacción con su peso 145.- Peso 146.- Talla 147.- IMC <p>Necesidad 03. Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.- Número y frecuencia de deposiciones 30.- Cambios en hábitos intestinales 34.- Gases <p>Necesidad 04. Movilización</p> <ul style="list-style-type: none"> 44.- Falta o reducción de energía para tolerar la actividad 42.- Pérdidas de fuerza <p>Necesidad 05: Reposo/sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> 46.- Cambios en el patrón de sueño 47.- Ayuda para dormir 48.- Estímulos ambientales nocivos <p>Necesidad 07. Temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> 54.- Sensibilidad al frío: aumentada /disminuida 55.- Sensibilidad al calor: aumentada/ disminuida 	<p>CUESTIONARIOS:</p> <p>Test de Fagerström: dependencia de la nicotina.</p> <p>Test de motivación para dejar de fumar Richmond.</p> <p>Cuestionario Cage o AUDIT “detección de problemas relacionados con el alcohol”.</p> <p>Riesgo nutricional cuestionario “conozca su salud nutricional”.</p> <p>Escala de disnea – MRC Modificada.</p> <p>Cuestionario de Oviedo del sueño.</p> <p>Escala de Goldberg.</p> <p>Cuestionario apgar familiar.</p> <p>Cuestionario DUKE-UNC.</p>
---	---

Necesidad 08. Higiene /piel

56.- Estado de piel y mucosas

Necesidad 09. Seguridad

66.- Tabaco

67.- Otras sustancias

68.- No sigue el plan terapéutico

74.- Alteraciones senso perceptivas

Necesidad 10. Comunicación

76.- Comunicarse con los demás

78.- Su cuidador/a no proporciona apoyo, consuelo y ayuda

82.- Problemas familiares

83.- Manifiesta carencia afectiva

Necesidad 11. Religión /creencias

95.- Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales

96.- Su situación actual ha alterado sus creencias

97.- No se adapta usted a esos cambios

98.- Describa su estado de salud

99.- No da importancia a su salud

100.- No acepta su estado de salud

102.- Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión

105.- Temor expreso

106.- Problemas emocionales

Necesidad 12. Trabajar /realizarse

107.- No conoce los recursos disponibles de la comunidad

109.- Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales

Necesidad 13. Actividades lúdicas

110.- Situación laboral2.-Problemas en el trabajo

113.- Influye el trabajo en su estado de salud

114.- Sensación habitual de estrés

Necesidad 14. Aprender

118.- Tiene falta de información sobre su salud

119.- Desea más información sobre...

Tabla 1.2. Valoración enfermera según Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon

<p>Patrón 01. Percepción-Manejo de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> 98.- Describa su estado de salud 99.- No da importancia a su salud 100.- No acepta su estado de salud 101.- No participa en aspectos relacionados con su enfermedad <ul style="list-style-type: none"> 2.- Tos inefectiva /no productiva 3.- Fumador/a 4.- Desea dejar de fumar 65.- Alcohol 67.- Otras sustancias 68.- No sigue el plan terapéutico <p>Patrón 02. Nutricional-Metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> 14.- Alimentación/nutrición 17.- Problemas de la mucosa oral 18.- Sigue algún tipo de dieta 19.- Total de consumo de líquidos diarios 20.- Enumere lo que come en un día 21.- Apetito 22.- Náuseas 23.- Vómitos 24.- Expresa insatisfacción con su peso 150.- Higiene general 56.- Estado de piel y mucosas 145.- Peso 146.- Talla 147.- IMC <p>Patrón 03. Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.- Número y frecuencia de deposiciones 30.- Cambios en hábitos intestinales 31.- Ayuda para la defecación 33.- Dolor al defecar 34.- Gases <p>Patrón 04. Actividad-Ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.- Dificultad para respirar 7.- Medicación respiratoria 9.- Depresión de reflejos de náuseas y tos 10.- Frecuencia respiratoria 13.- Ruidos respiratorios <ul style="list-style-type: none"> 5.- Edemas 6.- Deterioro de la circulación de MMII 11.- Frecuencia cardíaca 12.- Tensión arterial 41.- Actividad física habitual 	<p>CUESTIONARIOS:</p> <p>Test de Fagerström: dependencia de la nicotina.</p> <p>Test de motivación para dejar de fumar Richmond.</p> <p>Cuestionario Cage y/o AUDIT “detección de problemas relacionados con el alcohol”.</p> <p>Riesgo nutricional-cuestionario “conozca su salud nutricional”.</p> <p>Escala de disnea – MRC Modificada.</p> <p>Cuestionario de Oviedo del sueño.</p> <p>Escala de Goldberg.</p> <p>Cuestionario apgar familiar.</p> <p>Cuestionario DUKE-UNC.</p>
--	---

- 42.- Pérdida de fuerza
- 43.- Inestabilidad en la marcha
- 44.- Falta o reducción de energía para tolerar la actividad

Patrón 05. Sueño-Descanso

- 46.- Cambios en el patrón de sueño
- 48.- Estímulos ambientales nocivos
- 49.- Nivel de energía durante el día
- 47.- Ayuda para dormir

Patrón 06. Cognitivo-Perceptual

- 62.- Dolor
- 74.- Alteraciones senso perceptivas
- 54.- Sensibilidad al frío: aumentada /disminuida
- 55.- Sensibilidad al calor: aumentada /disminuida

Patrón 07. Auto percepción-Autoconcepto

- 102.- Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión
- 103.- Expresa desagrado con su imagen corporal
- 104.- Autoapreciación negativa
- 105.- Temor expreso
- 106.- Problemas emocionales
- 111.- No se siente útil

Patrón 08. Rol-Relaciones

- 82.- Problemas familiares
- 83.- Manifiesta carencia afectiva
- 107.- No conoce los recursos disponibles de la comunidad
- 109.- Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales
- 75.- Dificultad en la comunicación
- 76.- Comunicarse con los demás
- 78.- Su cuidador/a no proporciona apoyo, consuelo, ayuda
- 79.- Tiene alguna persona a su cargo
- 80.- Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador/a
- 73.- El hogar no presenta condiciones de seguridad
- 110.- Situación laboral
- 112.- Problemas en el trabajo
- 113.- Infiuye el trabajo en su estado de salud

Patrón 09. Sexualidad-Reproducción

- 91.-Relaciones sexuales no satisfactorias

Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al estrés

95.- Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales

114.- Sensación habitual de estrés

118.- Tiene falta de información sobre su salud

119.- Desea más información sobre...

Patrón 11. Valores-Creencias

96.- Su situación actual ha alterado sus creencias

97.- No se adapta usted a esos cambios

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

00099.-Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo, relacionado con:

- No percepción del riesgo de fumar debido a falta de información.
- Dispersión de la relación causa-efecto.
- No se considera fumador/a (fumadores y fumadoras que fuman poco).
- Uso del tabaco como tranquilizante.

00069.-Afrontamiento inefectivo, relacionado con:

- Falta de conductas orientadas a la resolución de problemas.
- Abuso de agentes químicos.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.

00126.-Conocimientos deficientes sobre:

- **Riesgo de fumar**, relacionado con:
 - Verbalización del problema.
 - Falta de interés en el aprendizaje.
- **Plan para dejar de fumar**, relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información.

00083.-Conflicto de decisiones: dejar de fumar, relacionado con:

- Expresiones de incertidumbre.
- Retraso en la toma de decisiones.
- Cuestionamiento de los valores y creencias personales mientras se intenta tomar la decisión.

00120.-Baja autoestima situacional, relacionado con:

- Informe verbal de que la situación actual desafía su valía personal perdida.
- Evaluación de sí mismo/a como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.

00084.-Conductas generadoras de salud: dejar de fumar, relacionado con:

- Búsqueda activa de formas de modificar los hábitos sanitarios personales.
- Expresión u observación de deseos de un mayor control sobre las prácticas de salud.

00003.-Riesgos de desequilibrio nutricional por exceso relacionado con comer en respuesta a claves internas distintas al hambre, como la ansiedad.

00146.-Ansiedad relacionada con preocupación y miedo a consecuencias inesperadas.

00095.-Deterioro del patrón de sueño, relacionado con:

- Insatisfacción con el sueño.
- Despertarse tres o más veces por la noche.

00045.-Deterioro de la mucosa oral, relacionado con:

- Informes de mal sabor.
- Vesículas o nódulos .
- Reducción de la saliva.

00052.-Deterioro de la interacción social, relacionado con interacción disfuncional con compañeros/as, familia o amigos/as.

00079.-Incumplimiento del tratamiento, relacionado con:

- Falta de progresos.
- No asistencia a las visitas concertadas.
- Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento (por observación directa, por afirmaciones de la persona o de otras personas significativas).

DESARROLLO

00099.-MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD: TABAQUISMO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1305.-Adaptación psicosocial: cambio de vida

01. Establecimiento de objetivos realistas.
11. Expresiones de sentimientos socializados.

1603.-Conducta de búsqueda de la salud

02. Finaliza las tareas relacionadas con la salud.
06. Describe estrategias para eliminar la conducta insana.

1908.-Detección del riesgo

01. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.
02. Identifica los posibles riesgos para la salud.

1902.-Control del riesgo

- 01. Reconoce el riesgo.
- 04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
- 08. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5250.-Apoyo en la toma de decisiones

- Informarle sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Establecer comunicación con la persona al principio de su ingreso.
- Facilitarle la toma de decisiones en colaboración.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.
- Respetar el derecho a recibir o no información.

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Animarle a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarios de fomento/prevención/tratamiento/rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actividad de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.

6610.-Identificación de riesgos

- Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas, si procede.
- Instaurar una valoración rutinaria de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos.
- Determinar el estado educativo.

4490.-Ayuda para dejar de fumar

- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.
- Aconsejarle de forma clara y consistente dejar de fumar.
- Ayudarle a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando la persona esté decidida a dejarlo.
- Servir como modelo de persona no fumadora.
- Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.

00069.-AFRONTAMIENTO INEFECTIVO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1302.-Superación de problemas

- 01. Identifica patrones de superación eficaces.
- 03. Verbaliza sensación de control.
- 05. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.

- 09. Utiliza el apoyo social disponible.
- 18. Refiere aumento de bienestar psicológico.

0906.-Toma de decisiones

- 01. Identifica alternativas.
- 08. Compara alternativas.
- 09. Escoge entre varias alternativas.
- 03. Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.

1906.-Control del riesgo: consumo de tabaco

- 01. Reconoce el riesgo del consumo de tabaco.
- 02. Reconoce las consecuencias personales asociadas con el consumo de tabaco.
- 05. Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.
- 11. Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco.
- 16. Elimina el consumo de tabaco.

2000.-Calidad de vida

- 09. Satisfacción con la capacidad de superación.
- 10. Satisfacción con el concepto de si mismo/a.
- 11. Satisfacción con el estado de ánimo general.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5250.-Apoyo en la toma de decisiones

- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Facilitarle la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionarle la información solicitada.
- Servir de enlace entre la persona y profesionales de la salud.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión de la persona del proceso de enfermedad.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Evaluar su capacidad para tomar decisiones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Explorar los éxitos anteriores de la persona.
- Ayudarle a resolver los problemas de una manera constructiva.
- Animarle a evaluar su propio comportamiento.

5820.-Disminución de la ansiedad

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.

- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, si procede.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación.

6160.-Intervención en caso de crisis

- Disponer un ambiente de apoyo.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades para solucionar problemas, si fuera necesario.
- Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.
- Planificar con la persona la forma en que pueden utilizarse las habilidades de adaptación para tratar la crisis en el futuro.

00126.-CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADOS CON EL RIESGO DE FUMAR Y EL PLAN PARA DEJAR DE FUMAR

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1812.-Conocimiento: control del consumo de sustancias

- 12.Descripción de las posibilidades de recaída y control de las recaídas en el abuso de sustancias psicoactivas.
- 13.Descripción de acciones para prevenir y controlar las recaídas en el abuso de sustancias psicoactivas.
- 14.Descripción de los signos de dependencia durante la suspensión de sustancias psicoactivas.

1805.-Conocimiento: conductas sanitarias

06. Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco.
02. Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio.

1814.-Conocimiento: procedimientos terapéuticos

01. Descripción del procedimiento terapéutico.
03. Explicación de los pasos del procedimiento.
08. Ejecución del procedimiento terapéutico.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

4360.-Modificación de la conducta

- Predeterminar la motivación al cambio de la persona.
- Ayudarle a identificar sus fortalezas y reforzarlas.
- Animarle a participar en el registro de conductas.
- Elegir refuerzos que tengan sentido para la persona.
- Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas mensurables (dejar de fumar: numero de cigarrillos fumados).
- Utilizar periodos de tiempo específicos, al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día).

5210.-Guías de anticipación

- Ayudarle a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y los efectos que tal crisis podría tener en su vida personal y familiar.
- Determinar los métodos de solución de problemas habituales de la persona.
- Ayudarle a decidir la forma de solucionar el problema.
- Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad de la persona para solucionar problemas, si procede.
- Ayudarle a adaptarse anticipadamente a los cambios de papeles.
- Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o las necesidades de refuerzo.
- Proporcionarle un número de teléfono en caso de necesitar ayuda, si fuera necesario.

5540.-Potenciación de la disposición de aprendizaje

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Vigilar su estado emocional.
- Ayudarle a enfrentarse a emociones intensas (ansiedad, pena e ira), si procede.
- Darle tiempo para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.
- Establecer un ambiente de aprendizaje lo mas cercano posible al contacto de la persona.
- Ayudarle a desarrollar confianza en su capacidad, si procede.

5618.-Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.
- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Enseñarle como cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, si procede.

00083.-CONFLICTO DE DECISIONES: DEJAR DE FUMAR

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0906.-Toma de decisiones

- 01. Identifica alternativas.
- 08. Compara alternativas.
- 09. Escoge entre varias alternativas.
- 03. Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.

1302.-Superación de problemas

- 08. Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 13. Evita situaciones excesivamente estresantes.
- 15. Busca ayuda profesional de forma apropiada.

1700.-Creencias sobre la salud

- 01. Importancia percibida de la actuación.
- 03. Beneficios percibidos de la acción.
- 07. Mejora en el estilo de vida percibida por la acción.
- 08. Capacidad percibida para ejecutar la acción.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

8180.-Consulta por teléfono

- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud.
- Dar información acerca de las terapias y las medicaciones prescritas, si procede.
- Responder a las preguntas.

5240.-Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer metas.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Ayudarle a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando la persona se encuentre bajo un estrés severo.

5390.-Potenciación de la conciencia de si mismo/a

- Ayudarle a darse cuenta de que cada ser es único.
- Facilitarle la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones.
- Ayudarle a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.
- Ayudarle a identificar la fuente de motivación.
- Ayudarle a identificar los atributos positivos de si mismo/a.

4420.-Acuerdo con la persona

- Animarle a que determine sus virtudes y habilidades.
- Ayudarle a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
- Ayudarle a dividir las metas complejas en pasos pequeños.
- Explorar con la persona las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudarle a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/acciones.

00120.-BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1205.-Autoestima

- 07.Comunicación abierta.
- 18.Descripción de estar orgulloso.
- 11.Nivel de confianza.
- 19.Sentimientos sobre su propia persona.

0906.-Toma de decisiones

- 01.Identifica alternativas.
- 08.Compara alternativas.
- 09.Escoge entre varias alternativas.
- 03.Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.

1302.-Superación de problemas

- 08.Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 13.Evita situaciones excesivamente estresantes.
- 15.Busca ayuda profesional de forma apropiada.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.
- Valorar su comprensión del proceso de enfermedad.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Evaluar su capacidad para tomar decisiones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Explorar los éxitos anteriores de la persona.
- Ayudarle a resolver los problemas de una manera constructiva.
- Animarle a evaluar su propio comportamiento.

5400.-Potenciación de la autoestima

- Observar las frases de la persona sobre su propia valía.
- Animarle a identificar sus propias virtudes.
- Abstenerse de burlarse.
- Animarle a que acepte nuevos desafíos.

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Animarle a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarios de fomento/prevencción/tratamiento/rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a las personas implicadas la manera en que pueden ayudar.

00084.-CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD: DEJAR DE FUMAR

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1603.-Conducta de búsqueda de salud

- 02.Finaliza las tareas relacionadas con la salud.
- 04.Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario.
- 06.Describe estrategias para eliminar la conducta insana.
- 10.Describe estrategias para maximizar la salud.
- 11.Sigue las estrategias desarrolladas por si mismo/a para maximizar la salud.

1906.-Control del riesgo: consumo de tabaco

- 05.Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.
- 06.Adapta las estrategias de control del consumo de tabaco según es necesario.

- 08. Sigue las estrategias seleccionadas de control del consumo de tabaco.
- 11. Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco.
- 13. Utiliza grupos de apoyo para eliminar el consumo de tabaco.
- 16. Elimina el consumo de tabaco.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

4490.-Ayuda para dejar de fumar

- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.
- Ayudarle a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando la persona esté decidida a dejarlo.
- Ayudar a los/as fumadores/as motivados/as a fijar una fecha para dejar de fumar.
- Remitir a programas de grupos o a terapias individuales, según resulte oportuno.

4470.-Ayuda en la modificación de si mismo/a

- Valorar las razones de la persona para desear cambiar.
- Ayudarle a desarrollar una lista de recompensas de valor extrínseco e intrínseco.

4360.-Modificación de la conducta

- Predeterminar la motivación al cambio de la persona.
- Ayudarle a identificar sus fortalezas y reforzarlas.
- Animarle a participar en el registro de conductas.
- Elegir refuerzos que tengan sentido para la persona.
- Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas mensurables (dejar de fumar: número de cigarrillos fumados).
- Utilizar periodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día).

5250.-Apoyo en toma de decisiones

- Ayudarle a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Facilitarle la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionar la información solicitada por la persona.
- Servir de enlace entre la persona y profesionales de la salud.
- Remitir a grupos de apoyo, si procede.

00003.-RIESGOS DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1612.-Control de peso

- 01. Supervisa el peso corporal.
- 15. Identifica los estados emocionales que afectan a la ingesta alimentaria.
- 16. Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta alimentaria.

17. Controla la preocupación por la comida.

22. Mantiene el peso óptimo.

1802.-Conocimiento: dieta.

01. Descripción de la dieta recomendada.

04. Explicación del fundamento de la dieta recomendada.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1100.-Manejo de la nutrición

- Determinar sus preferencias de comida.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca o zumos de fruta) cuando sea preciso.
- Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

1260.-Manejo del peso

- Discutir con la persona las condiciones médicas que pueden afectar el peso.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el gasto energético.

00146.-ANSIEDAD

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1405.-Control de los impulsos

01. Identifica conductas impulsivas perjudiciales.

02. Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas.

05. Reconoce los riesgos ambientales.

07. Verbaliza control de los impulsos.

12. Mantiene el autocontrol sin supervisión.

1305.-Adaptación psicosocial: cambio de vida.

01. Establecimiento de objetivos realistas.

08. Identificación de múltiples estrategias de superación.

02. Mantenimiento de la autoestima.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5820.-Disminución de la ansiedad

- Utilizar un enfoque sereno que le dé seguridad.
- Explicarle todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que ha de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender su perspectiva sobre una situación estresante.
- Escuchar con atención.

- Controlar los estímulos, si procede, de sus necesidades.
- Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación.

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Evaluar su capacidad para tomar decisiones.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudarle a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudarle a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

00095.-DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0003.-Descanso

01. Tiempo de descanso.
02. Patrón de descanso.

0004.-Sueño

01. Horas de sueño.
02. Patrón de sueño.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1850.-Fomentar el sueño

- Determinar su esquema de sueño/vigilia.
- Ayudarle a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.

00045.-DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1100.-Salud bucal

01. Aseo personal de la boca.
02. Aseo personal de los dientes.
04. Aseo personal de la lengua.
10. Humedad de la mucosa bucal y de la lengua.
12. Integridad de la mucosa bucal.
16. Olor del aliento.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1720.-Fomentar la salud bucal

- Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.
- Inspeccionar la mucosa bucal regularmente.

- Aconsejar no fumar ni mascar tabaco.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

00052.-DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1503.-Implicación social

01. Interacción social con amigos/as íntimos/as.
03. Interacción con miembros de la familia.
04. Interacción con miembros de grupos de trabajo.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Implicar a la familia/seres queridos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a los demás la manera en que pueden ayudar.

00079.-INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1601.-Conducta de cumplimiento

01. Confianza en el/la profesional de la salud sobre la información.
03. Comunica seguir la pauta prescrita.
05. Conserva la cita con profesionales de la salud.

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

4420.-Acuerdo con la persona

- Animarle a que determine sus virtudes y habilidades.
- Determinar con la persona los objetivos de los cuidados.
- Ayudarle a identificar sus metas.
- Explorar con la persona las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudarle a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Disponer un ambiente abierto, de aceptación para la creación del acuerdo.
- Ayudarle a identificar hasta los más pequeños éxitos.

CONSEJO SANITARIO E INTERVENCIÓN BÁSICA

CONSEJO SANITARIO

Más del 70% de los fumadores y las fumadoras manifiestan su deseo o intención de dejar el tabaco, y citan el Consejo Sanitario como una de las intervenciones más motivadoras para ello. En cuanto al resto de las intervenciones terapéuticas que han demostrado efectividad en este problema (material de autoayuda, tratamiento farmacológico y tratamiento especializado multicomponente), el consejo es la más coste-efectiva en términos de coste por año de vida ganado, y debe formar parte, junto a las anteriores, de las medidas sanitarias básicas, que ya se consideran en conjunto una referencia frente a la que pueden compararse otras intervenciones preventivas y asistenciales.

Está recomendado para la mayoría de las personas fumadoras, especialmente en aquellas que se encuentran en fase de Precontemplación (no se han planteado dejar de fumar, al menos en los próximos 6 meses) o Contemplación (se plantean dejar el tabaco en los próximos 6 meses, pero no están decididos a dar el paso definitivo ahora), en ambos casos se persigue fundamentalmente la motivación para el cambio, bien de actitud o de conducta.

El Consejo Sanitario debe de ser sistematizado para todas aquellas personas fumadoras y exfumadoras que acudan a cualquier consulta y ante cualquier motivo, es decir “oportunista”. Además, debe reunir una serie de características que ayude al profesional a empatizar con la persona fumadora y hacerla partícipe en las medidas terapéuticas que se adopte.

Características del Consejo Sanitario:

1. Firme y serio. Lo suficientemente convincente como para que al menos, sea motivo de reflexión. Además, debe de ir acompañado del “cómo” puede hacerlo, y en la deshabituación tabáquica, como en cualquier otro proceso, el o la profesional de la salud debe ofertar su ayuda para llevarlo a cabo.
2. Breve. Tres minutos son más que suficientes si se sabe qué decir, aunque la evidencia demuestra que, al aumentar la intensidad y la duración de la intervención, aumenta su eficacia (OR: 1,69; IC 95%: 1,45-1,98).
3. Personalizado. No sólo en cuanto al registro lingüístico empleado, sino también en cuanto a los motivos que cada fumador o fumadora tiene para seguir o dejar de fumar, con el objetivo de realizar un abordaje eficaz y real. Debemos estar atentos y aprovechar los momentos de especial susceptibilidad por los que pasa la persona fumadora, como son enfermedades relacionadas con el tabaquismo, embarazo, ingreso hospitalario, etc. para conseguir el cambio o un serio intento de abandono.

En definitiva, la eficacia del Consejo Sanitario en tabaquismo ha quedado demostrada desde 1979 hasta nuestros días, si bien con resultados muy dispares por la diferente metodología empleada en los diversos estudios, motivación de los y las profesionales, características de las

personas fumadoras integrantes en los mismos, intensidad del consejo o seguimiento realizado, como factores, entre otros, que pueden influir en los resultados que en ocasiones llegan al 40% de abstinencia al año de seguimiento.

INTERVENCIÓN BÁSICA

El Public Health Service de los Estados Unidos otorga a las intervenciones clínicas breves una serie de actuaciones, que a modo de recordatorio quedarían sintetizadas con las cinco A: averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y acordar, entre las que se haya inmersa el Consejo Sanitario y que conformaría lo que denominamos “Intervención Básica”.

1. Averiguar (Ask) si la persona fuma. Preguntar sobre el hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica, es una medida eficaz en el control y prevención del tabaquismo, en la medida que induce una actitud intervencionista del profesional sanitario en el abordaje terapéutico de la persona fumadora (OR: 3,1; IC 95%: 2, 2-4, 2. Evidencia A).

Se trataría de identificar sistemáticamente a todas las personas que acuden a la consulta (Fumadora, No Fumadora, Exfumadora) y registrarlo en su historia clínica.

Persona no fumadora, debemos felicitar y reforzar su conducta para que siga sin consumir tabaco. Persona Exfumadora, felicitar y animar para que siga en abstinencia. Es importante realizar intervenciones de prevención de recaídas y reforzar la decisión del abandono del consumo de tabaco del exfumador.

Si la persona es fumadora, seguiremos preguntando otros datos de interés, historia actual de consumo (nº cigarrillos/día, años que lleva fumando, grado de dependencia a la nicotina, intentos previos, y motivos de las recaídas).

2. Aconsejar (Advise). El consejo debe de ser sistemático y oportunista, firme, serio, breve, personalizado y motivador, enfocado sobretudo a los múltiples beneficios que la persona podrá obtener al abandonar el tabaco.
3. Apreciar (Asses). La actitud de la persona, valorando la motivación y la disposición de la persona fumadora para dejar de fumar y, dependiendo de ello, ofrecer la intervención más adecuada.
 - Estadio Precontemplativo: información, consejo, ofrecer nuestro apoyo y entregar material correspondiente. La finalidad es que comiencen a reconocer los riesgos si antes no lo habían hecho y tomen conciencia de que tienen un problema.
 - Estadio Contemplativo: información, consejo, ofrecer nuestra ayuda y las posibilidades de tratamiento, entrega de material (guía y consejos para dejar de fumar), seguimiento en próximas visitas. La finalidad es producir un cambio que desemboque en un intento de abandono.
 - Estadio Preparación para la Acción: además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica personalizada, valorando la conveniencia de iniciarlo en ese mismo momento (evidencia C). En esta fase, una información motivadora puede bastar para que haga un intento serio por sí misma.
4. Ayudar (Assist). Llegados a este punto, la labor del o de la profesional será ayudarle en el proceso de abandono del tabaco, estableciendo un plan personalizado.

Las actividades a realizar serían:

- a. Establecer conjuntamente el día “D”, es decir, el día elegido para dejar de fumar. Se recomienda buscar una fecha propicia para la persona, evitando situaciones y/o acontecimientos estresantes cercanos, realizando algún cambio en su conducta los días previos al abandono como: reducir el consumo, autregistro, no aceptar ofrecimientos, etc.
- b. El siguiente paso será solicitar ayuda y colaboración por parte de las personas de su entorno.
- c. Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia, desmontando falsas creencias acerca de los mismos y ofrecer consejos útiles para en el caso de que aparezcan sean más llevaderos.
- d. Junto a estas directrices, debemos proporcionar material adecuado que sirva de apoyo e información (Folletos, Guías, etc.).
- e. Valorar la conveniencia de tratamiento farmacológico adaptado a cada caso.

Cuando el consejo para dejar de fumar se refuerza con la entrega de material de apoyo, los porcentajes de abstinencia pueden oscilar, al año de seguimiento, entre el 5-10% (Grado de evidencia A).

5. Acordar (Arrange) y programar junto a la persona fumadora las consultas específicas para el proceso de deshabituación tabáquica en curso. Es difícil que una actuación de estas características y con un seguimiento programado, se quede en una intervención breve, convirtiéndose en la mayoría de las situaciones a una intervención avanzada.

Con el fin de unificar criterios y utilizando la terminología más aceptada, hablamos de dos tipos de intervenciones, cuya diferencia radica fundamentalmente en el tiempo de la intervención, independientemente del tratamiento instaurado o prescrito, farmacológico o no farmacológico:

- Intervención Básica: dura menos de 10 minutos por sesión, menos de 4 sesiones y menos de 30 minutos en total.
- Intervención Avanzada: dura más de 10 minutos por sesión, cuatro o más sesiones y más de treinta minutos en total.

Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (en el curso de los quince días siguientes al día “D”), otra al mes, tomando como referencia de nuevo el día “D”. (cuarenta y cinco días) y después en función de lo que se considere oportuno (a los 6 y 12 meses).

Las actividades a desarrollar en estas consultas de seguimiento serían: refuerzo de la decisión tomada, revisión y cumplimiento de los objetivos pactados, dificultades encontradas, consejos sobre hábitos de vida saludables incompatibles con el consumo de tabaco, valoración del síndrome de abstinencia y situaciones de riesgo que puedan inducir a fumar, así como una revisión del tratamiento farmacológico si se ha utilizado. De igual manera, se valorará la reconducción hacia otra modalidad terapéutica, bien sea individual o grupal, en función del curso que sigan los resultados y bajo el consentimiento de la persona.

Cuando el consejo se acompaña de un seguimiento del proceso de deshabituación tabáquica, no hay duda que la eficacia del mismo se ve incrementada (OR: 2,66; IC 95%: 2,06-3,45 comparada con una OR: 1,59; IC 95%: 1,33-1,90 cuando no existen visitas de seguimiento). Al aumentar el número de sesiones lo hace la eficacia (OR: 1,4 para 2 sesiones y 2, 3 para más de 8 sesiones), y a mayor duración total de la intervención se obtienen mejores resultados (OR: 1,3 para 3 minutos y 3,1 para 90 minutos).

MATERIAL DE APOYO PARA LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO

1. ¿Cómo mejora tu salud al dejar de fumar? Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. Tratamiento del Tabaquismo. Guía para profesionales de la salud. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
3. Guía para dejar de fumar. Dejar de fumar es posible, es por ti. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
4. Para lograr una Andalucía más 'Libre de Humo'. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
5. Como afecta a nuestra salud el Tabaquismo Pasivo y que podemos hacer para evitarlo. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
6. Sin Humo Dentro. OMS
7. Videos, PITA Cards, PITA –Flash episodios, Pegatinas y Carteles. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Se puede acceder a estos materiales a través de:

www.hoynofumo.com

www.juntadeandalucia.es/salud/esxmi

ESCALA PARA EVALUAR LOS ESTADIOS DE CAMBIO EN PERSONAS FUMADORAS

1. ¿Ha fumado vd. diariamente al menos 1 cigarrillo, durante seis o más meses, alguna vez en su vida?

- Sí No

2. Actualmente, ¿Vd. fuma?.

- A diario A veces Nunca

3. ¿Cuál es su consumo diario de cigarrillos? _____

4. ¿Y a la semana? _____

5. ¿Y al mes? _____

6. En el caso de que actualmente no fume nunca, ¿cuánto tiempo hace que ha dejado vd. de fumar?

- Días. ¿Cuántos? _____
- Menos de 1 mes
- Menos de 3 meses
- Menos de 6 meses
- 6-12 meses
- 1-2 años
- 2-5 años
- Más de 5 años
- No sabe/no contesta

7. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas?

- Ninguna
- 1 o más veces, ¿cuántas? _____

8. ¿Ha intentado realmente dejar de fumar en el transcurso del último año?

- Sí
- No
- No sabe/no contesta

9. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días:

- Sí
- No

10. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses:

- Si
- No

11. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses:

- Si
- No

TEST DE RICHMOND. MEDICIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

- Sí (1)
- No (0)

2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?

- Nada (0)
- Algo (1)
- Bastante (2)
- Mucho (3)

3. ¿Intentará dejar de fumar completamente en las dos próximas semanas?

- Definitivamente NO (0)
- Quizás (1)
- Sí (2)
- Definitivamente Sí (3)

4. ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?

- Definitivamente NO (0)
- Quizás (1)
- Sí (2)
- Definitivamente Sí (3)

≤ 4 Baja motivación

5-6 Motivación media

≥7 Alta motivación

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

1. ¿Cuánto tarda, después de levantarse, en fumar el primer cigarrillo?

- Menos de 5 minutos (3)
- Entre 6 y 30 minutos (2)
- Entre 31 y 60 minutos (1)
- Más de 60 minutos (0)

2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios en donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

- Sí (1)
- No (0)

3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

- Al primero de la mañana (1)
- A cualquier otro (0)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- 10 o menos (0)
- 11-20 cigarrillo/día (1)
- 21-30 cigarrillo/día (2)
- 31 ó más (3)

5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

- Sí (1)
- No (0)

6. ¿Fuma cuando está tan enfermo o enferma que pasa en la cama la mayor parte del día?

Sí (1)

No (0)

Nota: Se indica entre paréntesis la clave de corrección. La puntuación oscila de 0 a 10.

≤ 4 baja dependencia

5-6 dependencia media

≥7 alta dependencia

FUENTE: HEATHERTON ET AL. ADAPTACIÓN CASTELLANA DE BECOÑA Y VÁZQUEZ.

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS FUMADORAS

HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS FUMADORAS

Apellidos: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Teléfonos/s: _____
 Ocupación: _____ Profesional de referencia: _____ Centro de referencia: _____ Fecha: _____

1.- TEST DE FAGERSTRÖM

- ¿Cuánto tarda, después de levantarse, en fumar el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos (3)
 - Entre 6 y 30 minutos (2)
 - Entre 31 y 60 minutos (1)
 - Más de 60 minutos (0)
- ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios en donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?
 - Sí (1)
 - No (0)
- ¿A qué cigarrillo odia más renunciar?
 - Al primero de la mañana (1)
 - A cualquier otro (0)

2.- ENTORNO DE CONSUMO

- ¿Puede indicar en la casa en la que vive quién fuma?

- ¿Qué personas de su entorno pueden ayudarlo en el intento de dejar de fumar?

3.- EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

- ¿Cuántos años lleva fumando? (valorar paquetes/años)

- Intentos previos para dejar de fumar

Cuándo	Cuántos días estuvo sin fumar	Tipo de tratamiento recibido *	¿Qué le hizo recaer?

* Ninguno, Apoyo Psicológico individual, Apoyo Psicológico grupal, TSN, bupropión, varenclina, otros.

Valoración dependencia nicotina (Test de Fagerström)

puntuación⁵ _____ dependencia _____

⁵ Nota: se indica entre paréntesis la clave de corrección. La puntuación oscila de 0 a 10. Un fumador o fumadora con alta dependencia de la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 6 o más, mientras que la dependencia es baja/media con puntuaciones de 5 o menos.

4.- PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TABACO:

- a) Enfermedades o muertes atribuibles al tabaco en familiares o amigos.
- b) Uso de IMAO
- c) Antecedentes de TCE con o sin pérdida de conciencia
- d) Episodios previos de convulsiones
- e) Enfermedades hepáticas
- f) Enfermedades renales
- g) Hipertensión arterial
- h) Diabetes Mellitus
- i) Alergias a fármacos
- j) Otras enfermedades propias
- k) Tratamiento con fármacos

Síntomas	Ha padecido	Padece	Síntomas frecuentes
Tos matutina			
Expectoración			
Dificultad respiratoria			
Catarros frecuentes			
Pitos			
Dolor de garganta			
Mal sabor de boca			
Halitosis			
Dolor de estomago			
Digestiones pesadas			
Dolor de cabeza			
Dolor en el pecho			
Dolor en piernas al caminar			
Mareos			
Palpitaciones			
Insomnio			
Nerviosismo			
Problemas sexuales			
Otros			

5.- MOTIVACIÓN ACTUAL:

- a) ¿Por qué se ha planteado dejar de fumar ahora?
- b) ¿Piensa que es un buen momento para dejar de fumar? ¿por qué?
- c) Citar por orden de importancia los motivos que justifican el intento actual Razones para dejar de fumar:
- Por motivos de salud.
 - Por miedo a las enfermedades que produce el tabaco.
 - Por ahorrar dinero.
 - Para dar buen ejemplo.
 - Por presión familiar.
 - Por autodisciplina.
 - Para evitar riesgos de incendio.
 - Por presiones en el trabajo.
 - Por respetar derechos de no fumadores.
 - Otras.
- d) ¿Qué beneficios espera por dejar de fumar?

6.- EXPECTATIVAS DE ÉXITO Y DIFICULTADES ESPERADAS

- a) ¿Cree que dejará de fumar? ¿Se siente capaz de dejar de fumar? ¿por qué?
- b) ¿Qué dificultades espera tener para conseguir dejar de fumar?

INTERVENCIÓN AVANZADA

Podemos hablar de dos modalidades de Intervención Avanzada principalmente:

INDIVIDUAL: duración de más de 10 minutos por sesión, cuatro o más sesiones y más de treinta minutos en total. Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (en el curso de la semana o quince días siguientes al día “D”), otra al mes, tomando como referencia de nuevo el día “D” y después en función de lo que se considere oportuno (a los 3, 6 y 12 meses).

GRUPAL: esta modalidad de tratamiento del tabaquismo, también conocida por paquete de tratamiento o tratamiento multimodal, data de principios de la década de los años 80 (Lichtenstein y Brown, 1980). En ella se incluyen estrategias cognitivo-conductuales, en ocasiones combinándolas con tratamientos farmacológicos. La mayor parte de los programas proponen realizar de seis a ocho sesiones. Algunos autores señalan como número óptimo el de cinco sesiones. En cuanto al número adecuado de personas en cada taller, es de 15 a 20. Lo recomendable es planificar un mínimo de 5 sesiones de unos 90 minutos de duración con una distribución temporal semanal.

Este tipo de intervención está indicada para aquellas personas fumadoras que:

- Se plantean dejar de fumar en el curso de un mes (fase de Preparación para la Acción).
- Llevan entre un día y seis meses sin fumar (Fase de Acción).

Si bien, algunas de las estrategias descritas en este anexo, también están indicadas para las personas fumadoras en fase de mantenimiento y personas exfumadoras en Fase de Consolidación (prevención y tratamiento de recaída).

1.- Los elementos principales a trabajar en la fase de “Preparación para la acción” y “Acción” son:

a.- Movilizar la motivación y el compromiso de la persona.

- “Contrato de contingencias”, es un documento escrito que explicita las acciones que la persona fumadora se compromete a realizar, estableciendo a su vez, las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo.
- Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos. En esta fase tiene que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Para ello, podrá hacer uso de los autorregistros.

b.- Autoobservación.

Hacer autorregistros, es una de las medidas conductuales más utilizadas en la evaluación y tratamiento de los fumadores y las fumadoras, que les ayudan a tomar conciencia de su comportamiento mecánico. Lo fundamental de un autorregistro, es que recoja información adecuada sobre los parámetros de la conducta de fumar, se registre lo más cercano en el tiempo a la misma, siendo de naturaleza sencilla y abordando sólo aquella información que sea útil para el tratamiento (Becoña, 1994; Becoña y Lorenzo, 1989).

c.- Establecer el día en que se va a dejar de fumar (día “D”).

Se fijará la fecha en la que va a dejar de fumar, valorando el uso de terapia farmacológica.

d.- Entrenar a la persona en técnicas de automanejo y autocontrol.

El objetivo que perseguimos con este tipo de entrenamiento, es que la persona asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de forma casi automática ante las situaciones que les sean necesarias, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de situaciones problemáticas.

El entrenamiento en autocontrol consiste en la elaboración de un programa constituido por un conjunto de técnicas que se dirige fundamentalmente a disminuir (o eliminar) aquellas conductas cuyas consecuencias inmediatas son reforzadoras, haciendo que resulten aver­sivas a largo plazo. Para conseguir este objetivo, se enseñan técnicas de cambio conductual, fundamentalmente mediante la focalización de los antecedentes y consecuentes de su conducta.

Los pasos para su aplicación implicarán la adquisición de un fuerte compromiso de cambio por su parte, para lo que se llevará a cabo un listado de beneficios que se pretenden conseguir con la terapia, y las consecuencias que se derivarán de continuar fumando. Seguir utilizando los autorregistros para que se vaya identificando y se vaya haciendo consciente de las condiciones antecedentes y consecuentes de las mismas. Esta redefinición de las conductas-problema y de las condiciones que las generan, debe dirigirse a aumentar su percepción de control sobre el problema y, consecuentemente, a motivarle hacia la terapia.

En segundo lugar, se llevará a cabo una planificación ambiental, es decir, instrucciones para la realización del control de estímulos; esto, nos permitirá preparar el ambiente para facilitar el control de las conductas indeseadas.

Por último lleva a cabo una programación conductual, con planificación de las conductas a realizar durante la semana y de sus posibles consecuencias. Utilización de autorregistros para identificar los estímulos que facilitan la conducta de fumar.

e.- Identificar posibles conductas alternativas a la de fumar (beber un vaso de agua o zumo, mascar chicles sin azúcar, lavarse inmediatamente los dientes después de cada comida, pasear, etc.).

f.- Entrenamiento en el manejo del estrés: relajación y/o ejercicio.

- Relajación: es incompatible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente a la vez. Podemos aprender a relajar los músculos a voluntad. Las técnicas de relajación nos permiten aprender a disminuir la ansiedad, y las reacciones ante el estrés de no poder coger un cigarrillo; primero relajándonos en las escenas imaginadas; segundo, aprendiendo una amplia variedad de frases o comentarios de afrontamiento al deseo de fumar, y tercero, aplicando todo el proceso en la vida real.

Los pasos a seguir son:

- 1.- Aprender la relajación progresiva.
- 2.- Practicar la respiración profunda.
- 3.- Visualizar en la imaginación las escenas mientras permanece relajado.

- Actividad física: el ejercicio físico es un elemento de feed-back para muchas fumadoras y muchos fumadores. Al disminuir la concentración de carboxihemoglobina en la sangre y al frenar la frecuencia cardíaca al dejar de fumar, la capacidad de realizar ejercicio mejora considerablemente. Experimentar esto les ocasiona un refuerzo positivo en su motivación. Al realizarles las recomendaciones para el ejercicio físico debemos aconsejar el más adecuado para la persona y que su comienzo sea siempre de forma paulatina. También debemos recordar que el ejercicio físico puede atenuar el deseo de fumar, además de actuar de forma beneficiosa sobre el mantenimiento de peso.

g.- Estrategias no farmacológicas.

- Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán: desarrollada por Fox y Brown (1979), implica un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal del consumo de cigarrillos. La reducción semanal respecto a la línea base es del 30%, 60% y 90%. Es necesario controlar adecuadamente el proceso de reducción de cigarrillos, porque según se van reduciendo, cada uno de los que queda, puede llegar a adquirir un valor más reforzante para el fumador. La mayoría de las personas fumadoras que continúan reduciendo gradualmente más allá de 10-12 cigarrillos por día, normalmente vuelven a recuperar los niveles previos de consumo. Es más adecuado en este caso, adoptar una reducción gradual de cigarrillos hasta un determinado punto (ej., 50% del consumo inicial de cigarrillos) seguido por dejar de fumar bruscamente (Becoña y Vázquez, 1998).
- Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono (día "D"): de carácter simbólico aunque real, el usuario adquiere un compromiso con el grupo (en el caso de que la intervención se realice en terapia grupal) y con el o la terapeuta, donde sólo aparecería la fecha en la que se establece el día para dejar de fumar, sin especificar coste alguno de respuesta. Quedaría firmado por el usuario y el o la terapeuta.
- Control de estímulos y extinción de situaciones asociadas al tabaco: las personas fumadoras, especialmente las que llevan muchos años fumando, se han expuesto a multitud de estímulos o señales ambientales que se han asociado con la conducta de fumar. La presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta. Una vez que se deja de fumar, eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo y/o querencia de droga). Para ello, se utiliza con mucha asiduidad la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico, aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar, estableciendo por ej. "espacios sin humo", o retrasando los cigarrillos de las situaciones en las que antes se fumaba, bien simultáneamente o posteriormente a la misma (ej., después de cada comida, con el primer café del día o a media tarde, etc.).

- Retroalimentación del beneficio obtenido al reducir el consumo de cigarrillo: la medida fisiológica más objetiva y rápida para ofrecer información fiable, sería el monóxido de carbono en aire espirado. En este caso, el o la profesional puede hacer hincapié además, en los beneficios que la persona viene notando a lo largo de las sesiones, desde que inició el proceso de abandono, así como comentar, bien con el grupo o a nivel individual, las mejoras visibles (ej. tono de piel, reducción en el color amarillo de los dedos y los dientes, etc.).

La evaluación del CO a través del aire espirado es una medida fácil de usar, no invasiva, proporciona retroalimentación inmediata, es barata y no se precisa personal especializado (Becoña y Vázquez, 1998), de ahí que constituya una de las medidas más costo-efectivas. Hoy en día se dispone de varios tipos de instrumentos que indican la concentración de CO en partes por millón (ppm) en el aire espirado, evaluado de 0 a 500 ppm.

Para medirlo, se le pide que inspire profundamente, que retenga el aire entre 15-20 segundos y, a continuación, sople por una boquilla instalada en el aparato. Éste nos muestra el valor de CO al instante.

Los valores de CO en ppm escogidos para estimar si es una fumadora o un fumador o no, oscilan en los estudios entre 5 y 10 ppm (McMorrow y Fox, 1985). En el caso de Becoña y Vázquez (1998), el punto de corte se situaría en 9.

h.- Estrategias farmacológicas (ver Anexo VII).

- 2.- Desde los seis meses hasta el año del día "D": el objetivo es reforzar el cambio de conducta y mantener la abstinencia. Para ello hay que preguntar sobre la evolución del proceso de deshabitación y ayudarle, dando respuesta a las dificultades encontradas. Generalmente en esta fase se aconseja, una sesión a los seis meses y otra al año del abandono (presencial o telefónicamente).

El objetivo en esta fase es reforzar el cambio de conducta y mantener la abstinencia. Para ello hay que preguntar sobre la evolución del proceso de deshabitación y ayudarle, dando respuesta a las dificultades encontradas.

Actividades que se deben realizar:

- a.- Reforzar el cambio de conducta, felicitar, dar la enhorabuena y valorar los logros conseguidos.
- b.- Estrategias de automanejo para evitar los estímulos facilitadores de la conducta de fumar y facilitar conductas alternativas (ej. Tomar agua, hacer inspiraciones profundas).
- c.- Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (anticipar situaciones de alto riesgo, planificar habilidades de afrontamiento).
 - Imaginación: el o la terapeuta puede realizar aquí un rol-play mostrando aquellas situaciones que normalmente implican un mayor riesgo como son las situaciones de estrés, estados de ánimo deprimidos, la ingesta de alcohol, o el encontrarse en una situación social agradable (comida de amigos, una celebración familiar, una

boda) con la representación de los distintos papeles por dos o tres personas, se escenifica como afrontarlo fomentando el autocontrol y haciendo especial énfasis en que el fumar un cigarrillo aislado o dar una calada son las formas en que comienzan todas las recaídas.

- Reestructuración cognitiva: a través de la discusión racional los terapeutas deben intentar desmontar determinados argumentos irracionales, que pueden ir surgiendo, como “fumar un solo cigarro no pasa nada” u otros. Durante este periodo es muy beneficioso invitar a otras personas que realizaron la terapia con éxito en ocasiones anteriores, para contar su experiencia, de esta forma sirven como modelos para el resto del grupo y se refuerzan en su conducta (dentro de la terapia en su formato grupal). Se abordan las situaciones que implican un mayor riesgo, como son las situaciones de estrés, estados de ánimo deprimidos, la ingesta de alcohol, o el encontrarse en una situación social agradable (comida de amigos, una celebración familiar, una boda), con la representación de los distintos papeles por dos o tres personas, escenificando cómo afrontarlas, haciendo hincapié en que así suelen comenzar las recaídas.
- Estrategia para evitar el síndrome de abstinencia: entrenarle en habilidades conductuales o seguir administrando terapia sustitutiva de la nicotina (chicles o parches).
- Estrategias para manejar las caídas.

d.- Apoyo social.

- Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo).
- Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al sujeto (cónyuge, amistades, etc.).

e.- Estrategias específicas de prevención de la recaída.

- Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas).
- Escape (abandonar la situación de riesgo).
- Distracción:
 - . Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco).
 - . Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - . Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes).
- Estrategias conductuales.
 - . Relajación.
 - . Actividad física, ejercicio.
 - . Control del peso. La ganancia de peso es una de las causas más frecuentes de recaídas. Ocurre en la mayoría de los casos, es inferior al 5% del peso total y alcanza un máximo a los seis meses, con una ganancia de entre unos 2,4 y 4,5

kg. Debemos recomendar una alimentación saludable y descartar que realicen un régimen estricto, tranquilizar proporcionándoles información sobre que al principio es normal un aumento de peso de 2kg, pero que luego revierte.

Debemos ser conscientes y asumir que las personas alcanzarán un mejor funcionamiento con una utilización flexible de las estrategias, es decir, según los requisitos situacionales que prevalezcan en cada momento. Y si vuelve a fumar, no culpabilizar por la recaída, ya que suele traer como consecuencia una gran pérdida de autoestima y de confianza en su capacidad para realizar nuevos intentos.

Al dar un mensaje se debe procurar siempre darlo con su connotación positiva, es decir, viendo lo que va a ganar la persona al dejar de fumar, no lo que va a perder si continúa fumando.

- Comportamientos alternativos más adecuados.
- Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.).
- Retrasar el deseo de fumar.
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La terapia farmacológica es un recurso muy importante como coadyuvante en los programas de deshabituación tabáquica, consiguiendo incrementar el porcentaje de abandono. Para ayudar a las personas fumadoras de manera eficaz, es imprescindible contar con un modelo de actuación que nos asegure que estamos interviniendo de la mejor manera posible con cada persona en concreto. Es decir, proyectar las intervenciones más adecuadas en función de las características de cada persona: grado de dependencia, fase o estadio de cambio, motivación, etc., evitando de esta forma un alto porcentaje de fracasos y un inadecuado uso de los recursos.

Hoy día no cabe duda del coste-efectividad de la terapia farmacológica en el abandono del tabaco. El tratamiento farmacológico ha demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos experimentales donde se han prescrito asociados al consejo médico o a través protocolos específicos que incluyen técnicas cognitivo-conductuales.

Los fármacos considerados de primera elección son: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropión (National Institute for Clinical Excellence, 2002; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; World Health Organization, 2004). Nuevo Fármaco: vareniclina, autorizada por la Unión Europea en septiembre de 2006 (National Institute for Clinical Excellence, 2007).

Por otra parte, diferentes meta-análisis han demostrado que existen tratamientos farmacológicos eficaces y seguros para ayudar a las personas fumadoras a dejar de serlo. La terapia sustitutiva con nicotina y el bupropión, han sido reconocidos como tratamientos farmacológicos de primera línea. Además, se ha realizado un buen número de estudios que han puesto de manifiesto la excelente relación coste / beneficio de los diferentes tratamientos farmacológicos del tabaquismo. Tanto es así, que todas las normativas internacionales recomiendan a los responsables de los sistemas sanitarios, tanto públicos como privados, la financiación de los diferentes tratamientos farmacológicos del tabaquismo, considerando el establecimiento de mecanismos sostenibles de financiación.

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE NICOTINA

El tratamiento sustitutivo con nicotina ideal debería cumplir los siguientes requisitos:

- Utilizar una vía distinta de administración habitual de la sustancia.
- Proporcionar unos niveles sanguíneos de nicotina suficientemente altos para evitar el síndrome de abstinencia.
- No generar dependencia.

Indicaciones:

Como pauta general orientativa, proporcionamos la normativa de uso de la terapia sustitutiva con nicotina recomendada por la SEPAR (Jiménez Ruiz et al, 2003) Tabla 1.

Tabla 1: Normativa de uso de la terapia sustitutiva de la nicotina.

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)				
Determinaciones		Opciones terapéuticas		
NCD	FTND (puntos)	Chicle	Parche 24 horas	Parche 16 horas
10-19	3 o menos	2 mg 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
20-30	4-6	4 mg/60 min 12 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 4 semanas	15+10 mg 4 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
Más de 30	7 ó más	4 mg/60 min 12 o más semanas	21 mg 6 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 2 semanas	15+10 mg 4 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 4 semanas
		Terapia combinada (parche + chicle)		
NCD: Número de cigarrillos/día; FTND: Test de Fagerström (0-10 puntos)				

Efectos adversos:

Tabla 2: Principales efectos adversos de las formulaciones para la TSN.

Forma farmacéutica	Efectos adversos
Chicles	Locales: inflamación de la mucosa oral, úlceras bucales, dolor de mandíbula, irritación de la garganta, mal sabor de boca. Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia. Sistema nervioso central: cefalea, mareos, alteraciones del sueño. Cardiovasculares: palpitaciones, hipertensión.
Comprimidos para chupar	Locales: irritación de la garganta y de la mucosa oral. Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia. Sistema nervioso central: cefalea, mareos. Cardiovasculares: palpitaciones.
Parches transdérmicos	Locales: prurito, eritema, sensación de quemazón, edema cutáneo, eczema de contacto. Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia. Sistema nervioso central: alteraciones del sueño, insomnio, cefalea, mareos, parestesias, dificultad de concentración. Cardiovasculares: hipertensión, palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, infarto de miocardio, angina de pecho, complicaciones cerebrovasculares. Otros: tos, mialgias, artralgias, dismenorrea, sudoración.

Tabla 3. Contraindicaciones y precauciones de las especialidades farmacéuticas para la TSN registradas en España, según fichas técnicas (proporcionadas por los laboratorios fabricantes a enero 2005)

Contraindicaciones y precauciones	Chicles	Comprimidos Chupar	Parches
Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquier componente de la formulación	C	C	C
No fumadores/as	C	C	C
Fumadores/as ocasionales	-	-	C
Embarazo	C	P1	C3
Lactancia	C	P1	C3
Enfermedades cardíacas graves	C2	-	-
Infarto de miocardio reciente	-2	C	C
Angina de pecho inestable	-2	C	C
Insuficiencia cardíaca avanzada	-2	-	C
Arritmias cardíacas graves	P	C	C
Accidente cerebrovascular reciente	-	C	C
Hipertensión arterial, infarto de miocardio, angina de pecho estable, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, hipertiroidismo, diabetes mellitus, feocromocitoma.	P	P	P
Insuficiencia hepática o renal grave	-	P	P
Úlcera péptica	P	P	P
Trastornos en la articulación de la mandíbula	C	-	-
Esofagitis activa, inflamación oral y faríngea, gastritis	-	P	-
Enfermedades dermatológicas que puedan complicarse por la aplicación de los parches	-	-	C

C= Uso contraindicado; P= Uso con precaución iniciado bajo consejo médico; (-)= No figura en las fichas técnicas; 1= Sólo bajo consejo médico ante fracaso de otras intervenciones; 2= En el caso de las especialidades de chicles y spray nasal no se particularizan las enfermedades cardíacas consideradas como graves, si bien es previsible que se incluyan entre otras: infarto de miocardio reciente, angina de pecho inestable e insuficiencia cardíaca avanzada. 3= TSN (NiQuitin es una marca comercial): sólo bajo consejo médico ante fracaso de otras intervenciones.

Duración del Tratamiento

Ocho semanas. Según los resultados obtenidos en ensayos clínicos de 6 a 8 semanas es tiempo suficiente para eliminar la mayor parte de los síntomas de abstinencia y adquirir nuevas conductas necesarias para mantenerse sin fumar.

Eficacia

La OR conjunta para todas las formas de administración de nicotina es 1.77 (IC 95%: 1.66-1.88). Para cada una de las formas de administración la OR es 1.66 chicles, 1.81 parches, 2.05 comprimidos para chupar.

El uso apropiado de terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (TSN) en fumadores y fumadoras que desean dejar de fumar se ha demostrado eficaz, duplicando las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses, con respecto a la intervención placebo. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características de la persona (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo (intervención breve y/o terapia psicológica).

Formas de presentación en el mercado español:

1. Parches transdérmicos

Preparados comerciales

Tipos de Parches:

- Según el tiempo de aplicación, existen dos tipos de parches de 24 y 16 horas.
- Según la cantidad de nicotina que contienen en mg (cantidades medias de nicotina absorbidas en 24 y 16 horas).
- Según el tamaño (área de absorción en cm²), parches de 30, 20, 10, 22, 15 y 7 cm².

Se necesitan de 1-5 horas hasta la detección de nicotina en plasma tras la colocación del parche.

Duración del Tratamiento.

8-12 semanas, con reducción progresiva de dosis.

Efectos secundarios específicos.

Eritema, prurito, sensación de quemazón, eczema de contacto (tratar con crema de corticoides tópicos de baja potencia), edema cutáneo.

Contraindicaciones específicas.

Enfermedades dermatológicas que pueden complicarse por su aplicación.

Contraindicaciones generales (ver Tabla 3).

Uso correcto de los parches de nicotina.

- Aplicarlo sobre la piel sin pelo de una zona que sude poco (brazo, hombro, espalda...).
- Cada día aplique el parche sobre un lugar diferente, para no dañar la piel.
- Cada día debe sustituir el parche por otro nuevo, según las recomendaciones de su médico o médica.
- Puede producir picor o enrojecimiento, que suele ser leve y desaparecer al cabo de unos días. Si no cede, comuníquese a su médico o médica, pues una crema suave de corticoides puede ser suficiente para que desaparezca.
- Para reducir este efecto, a veces es útil airear el adhesivo una vez retirado el protector antes de pegarlo en la piel.
- Puede producir más raramente otros síntomas como dolores musculares. Si además fuma, es más probable que sienta náuseas, palpitaciones, insomnio, etc. **RECUERDE QUE SI ESTÁ EN**

TRATAMIENTO CON PARCHES NO DEBE FUMAR (ni siquiera tras varias horas de haberse retirado el parche).

- Si le diagnostican alguna enfermedad nueva o queda embarazada, comuníquese a su médico o médica. El tratamiento con parches puede estar contraindicado.

2. Chicles de nicotina

Preparados comerciales: chicles de 2 mg y 4 mg.

Posología:

Baja dependencia:

- Chicles 2 mg: 8-10 piezas/día.
- Moderada dependencia: chicles 4 mg: 1 pieza/ 90 minutos mientras este despierto. Usualmente 7-15 piezas/día. No superar 20 piezas/día.
- Alta dependencia: Chicles 4mg: 1 pieza/60 minutos mientras este despierto. Usualmente 7-15 piezas/día. No superar 20 piezas/día.

Duración

8 semanas, con reducción progresiva de dosis.

Efectos adversos específicos:

- Irritación faríngea.
- Mal sabor de boca.
- Dolor articulación temporo-mandibular.
- Pirosis.
- Epigastralgia.
- Flatulencia.
- Diarrea.
- Hipo.
- Nauseas.
- Úlceras bucales.

Contraindicaciones generales:

Igual para todas las modalidades de TSN. Ver tabla 2.

Contraindicaciones específicas:

- Problemas dentarios.
- Trastornos de la articulación temporo-mandibular (A.T.M.).
- Inflamación orofaríngea.
- Hernia hiatal.
- Úlcus gastro-duodenal.

Uso correcto de los chicles y comprimidos de nicotina.

- No proporcionan una sensación tan agradable ni tan rápida como un cigarrillo. Téngalo presente y no espere milagros.
- Le ayudan a vencer la dependencia física, disminuyendo o eliminando los síntomas del síndrome de abstinencia, pero tenga en cuenta que para la dependencia psíquica debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otros anexos y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. No le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar.
- Pueden servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en la que además no han sido efectivos otros métodos. Téngalos a mano para estas situaciones.
- Puede que su médico o médica le haya pautado los chicles o comprimidos o, en cambio, le haya indicado que los tome cuando sienta intensos deseos de fumar. Siga sus recomendaciones.
- MODO DE EMPLEO: mastique o chupe despacio el chicle o comprimido hasta que note su sabor o picor. En ese momento ya no mastique o chupe más y déjelo “aparcado” entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca. Cuando eso suceda vuelva a masticarlo o a chupar igual, repitiendo este ciclo hasta que las ganas de fumar desaparezcan.
 - Los principales efectos secundarios son molestias gástricas (suelen indicar que ha masticado demasiado rápido el chicle), molestias dentales o de garganta, ardor, hipo o dolor de mandíbula. Consulte a su médico.
- RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON CHICLES NO DEBE FUMAR (usted ya recibe nicotina. Si además fuma, puede sufrir una intoxicación nicotínica).

3. Comprimidos de nicotina

Preparados Comerciales

Comprimidos de 1 mg (bioequivalencia a 2 mg en la forma de chicle).

Posología, duración, efectos adversos y contraindicaciones (ver chicles de nicotina).

TRATAMIENTO NO NICOTINICO

Bupropión

Es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y dopamina. Actúa sobre las vías cerebrales que intervienen en la aparición del síndrome de abstinencia, así al aumentar los niveles de noradrenalina origina una reducción de los síntomas de ansiedad y el deseo incontrolado de fumar, y actúa sobre la adicción al aumentar los niveles de dopamina, activando así los sistemas de recompensa cerebral y reduciendo la necesidad de nicotina.

En algunas revisiones ha demostrado que evita la ganancia de peso durante su uso, y una menor ganancia de peso después del abandono o un retraso de la misma, (Filozof et al, 2004). Ensayos clínicos realizados en Norteamérica obtuvieron tasas de abstinencia a los 12 meses significativamente superiores en mujeres que utilizaron bupropión (bupropión, bupropión + parches) frente a mujeres

incluidas en los grupos sin Bupropión (placebo, parches de nicotina). Igualmente, tanto varones como mujeres con antecedentes depresivos de los grupos tratados con bupropión obtuvieron tasas de abstinencia cuatro veces superiores que los pacientes con antecedente similar de depresión asignados a los grupos de placebo o parches de nicotina (Smith y cols., 2003).

Indicaciones

El bupropión puede estar especialmente recomendado en:

- Personas fumadoras que rechazan el uso de TSN.
- Personas fumadoras que no toleran el uso de TSN.
- Fracaso previo de tratamiento con TSN, correctamente administrado y a las dosis adecuadas.
- Pacientes con antecedentes depresivos.
- Mujeres.

Eficacia

El hidrocloreuro de bupropión de liberación prolongada (bupropión LP), es el primer medicamento no nicotínico que demostró su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico, así como del tratamiento psicológico. El uso de bupropión dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo. La eficacia del hidrocloreuro de bupropión se sitúa entre el 18% y el 36% a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias.

Preparados comerciales

Comprimidos 150 mg.

Posología y modo de empleo

Iniciar el tratamiento una semana antes de dejar de fumar ya que no alcanza niveles estables en plasma hasta pasada al menos una semana tras su administración. La máxima concentración plasmática se alcanza a las 3 horas de tratamiento oral con 150mg.

Modo de empleo:

Inicio: 1 comprimido (150 mg) / día por la mañana durante 6 días.

Mantenimiento: (si a partir del 7 día no fuma) 2 comprimidos / día separados al menos 8-10 horas y el último al menos 4 horas antes de acostarse.

Dosis Total: Cada una de las dosis no debe superar 150 mg y la dosis diaria total no debe superar los 300 mg.

Se debe considerar la posibilidad de realizar ajustes de dosis utilizando 150 mg de bupropión al día, en las siguientes poblaciones de pacientes (McRobbie H, et al, 2005): ancianos, personas con insuficiencia hepática o renal, personas con diabetes bien controladas con insulina o hipoglucemiantes orales.

POSOLOGÍA DE BUPROPIÓN

Primeros 6 días	Un comprimido al día al levantarse.
Resto del tratamiento	Un comprimido al día al levantarse y otro 8-10 horas después, siempre 4 horas antes de acostarse.

- Elegir el día "D" en la 2ª semana, cuando lleve tomando el bupropión 7-10 días.
- Si aparecen efectos adversos leves (cefalea, insomnio, sabor metálico...) utilizar durante todo el tratamiento un solo comprimido de 150 mg al día. Con efectos adversos más serios, retirar el tratamiento.

Duración

8 semanas.

Efectos adversos del bupropión

Las reacciones adversas más frecuentes recogidas en la ficha técnica, son de tipo:

- Neurológico: insomnio, cefalea, agitación, ansiedad, temblor, mareo, dificultad de concentración.
- Digestivo: sequedad de boca, náuseas, vómitos, dolor abdominal y estreñimiento.
- Dermatológico: erupción cutánea, prurito, sudoración y urticaria.

En la Tabla 4 se muestran los efectos adversos más frecuentes descritos en un ensayo clínico controlado con bupropión frente placebo (Hurt RD et al, 1997).

Tabla 4. Efectos adversos descritos en pacientes tratados con bupropión retardado con una incidencia >1% y más frecuentes que en el grupo placebo en el estudio de Hurt et al.

Efecto adverso	Bupropión retardado 100 a 300 mg/día (n=461) %	Placebo (n=150) %
Generales		
Dolor cervical	2	<1
Reacción alérgica	1	0
Cardiovasculares		
Sofocos	1	0
Hipertensión	1	<1
Digestivo		
Sequedad de boca	11	5
Aumento del apetito	2	<1
Anorexia	1	<1
Músculo esquelético		
Artralgia	4	3
Mialgia	2	1

Efecto adverso	Bupropión retardado 100 a 300 mg/día (n=461) %	Placebo (n=150) %
Sistema Nervioso		
Insomnio	31	21
Inestabilidad	8	7
Temblor	2	1
Somnolencia	2	1
Dificultad de concentración	1	0
Respiratorio		
Bronquitis	2	0
Piel		
Prurito	3	<1
Erupción	3	<1
Piel Seca	2	0
Urticaria	1	0
Órganos de los sentidos		
Disgeusia	2	<1

Existen factores de riesgo que favorecen la aparición de convulsiones que deben ser conocidos y considerados antes de prescribir bupropión, que se exponen en la tabla 5.

Tabla 5. Factores a considerar para prevenir la aparición de convulsiones por bupropión

Dosificación
<ul style="list-style-type: none"> • No exceder una dosis diaria de 300 mg, dividida en dos tomas de 150 mg. • Iniciar el tratamiento con una dosis de 150 mg durante 6 días y aumentarla el séptimo día a 150 mg dos veces al día.
Situaciones clínicas
<ul style="list-style-type: none"> • Historia previa de crisis convulsivas. • Traumatismo craneal. • Tumor cerebral. • Anorexia o bulimia.
Factores personales
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de alcohol. • Adicción a opiáceos, cocaína o estimulantes. • Diabetes tratada con hipoglucemiantes orales o insulina. • Interrupción brusca de tratamiento con benzodiazepinas. • Uso de estimulantes o anorexígenos.
Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo
<ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos, antihistamínicos con efecto sedante.

Interacciones

Tanto el bupropión como el hidroxibupropión (principal metabolito activo) actúan como inhibidores del isoenzima CYP2D6, responsable del metabolismo de numerosos fármacos, siendo posible que se produzcan interacciones farmacocinéticas a nivel metabólico, bien por el efecto de otros fármacos administrados, o bien por la acción del bupropión o hidroxibupropión sobre otros medicamentos que se metabolizan a través de esta isoenzima.

En la tabla 6 se recogen las interacciones medicamentosas potenciales del bupropión.

Tabla 6. Interacciones medicamentosas potenciales del bupropión.

Fármacos	Mecanismo de la interacción	Efecto previsible
Inductores de CYP2B6: carbamacepina, fenobarbital, fenitoína	• Metabolismo de bupropión y posible acumulación de hidroxibupropión	• Toxicidad de hidroxibupropión
Inhibidores de CYP2B6: cimetidina	• Metabolismo de bupropión	• Toxicidad de bupropión
Inhibidores de CYP2D6: ritonavir, ácido valpróico, fluoxetina, etc	• Metabolismo de hidroxibupropión	• Toxicidad de hidroxibupropión
Sustratos de CYP2D6: <ul style="list-style-type: none"> • antidepresivos tricíclicos: (ej. imipramina, desipramina, nortriptilina), • antidepresivos ISRS: (ej. fluoxetina, paroxetina), venlafaxina betabloqueantes (ej. carvedilol, timolol, metoprolol), • antiarrítmicos: (ej. flecainida, mexiletina) • antipsicóticos: (ej. risperidona, haloperidol, trazodona) 	• Metabolismo de estos fármacos	• Toxicidad de estos fármacos
Fármacos que disminuyen el umbral convulsivo (véase tabla 4)	• Umbral convulsivo	• Riesgo de convulsiones
Inhibidores de la MAOb	• Desconocido	• Toxicidad aguda de bupropión
Levodopa	• Potencia efectos	• Efectos tóxicos dopaminérgicos de levodopa
Zolpidem	• Desconocido	• Riesgo de alucinaciones por zolpidem
En estudio en dosis únicas no se observó efecto alguno 74; b administración contraindicada.		

Contraindicaciones

Según la ficha técnica, la administración de bupropión esta contraindicada en los siguientes casos:

- Hipersensibilidad al bupropión o excipientes de la formulación.
- Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsión.
- Tumor del SNC.
- Proceso de deshabitación alcohólica.
- Retirada de benzodiazepinas o fármacos análogos.
- Bulimia o anorexia nerviosa.
- Trastorno bipolar.
- Cirrosis hepática grave.
- Tratamiento concomitante con inhibidores de la MAO.
- Embarazo y lactancia (no se ha establecido su seguridad, la FDA asigna categoría B).
- Menores de 18 años (no se aconseja, ya que no se ha evaluado su seguridad y eficacia).

NUEVOS FÁRMACOS

VARENICLINE

Es un agonista parcial del receptor acetilcolina nicotínico. Ha sido autorizada por la Unión Europea desde septiembre del 2006. Vareniclina es un agonista parcial que se une selectivamente a los receptores nicotínicos $\alpha 4 \beta 2$ de la acetilcolina en el sistema mesolímbico del cerebro, produciendo un efecto suficiente para aliviar los síntomas del ansia de fumar y abstinencia (actividad agonista), a la vez que produce simultáneamente una reducción de los efectos gratificantes de recompensa y el riesgo de volver a fumar al bloquear la unión de la nicotínica a los receptores (actividad antagonista).

Eficacia

La eficacia de vareniclina en la deshabitación tabáquica ha sido evaluada en dos estudios frente a placebo y bupropión durante 12 semanas, con un seguimiento posterior de 40 semanas. Las personas participantes eran fumadoras de 10 cigarrillos diarios, motivadas y adicionalmente, recibieron consejo antitabáquico. Los criterios de exclusión fueron muy amplios: enfermedad grave o inestable en los 6 meses previos; abuso o dependencia de drogas o tratamiento por depresión mayor en los 12 meses previos; antecedentes o presencia actual de trastorno de angustia, psicosis o trastorno bipolar; uso previo de bupropión o vareniclina; antecedentes de crisis convulsivas. En ambos estudios el porcentaje de personas que alcanzaron la abstinencia en las semanas 9 a 12 de tratamiento (variable principal) fue superior con vareniclina (44%) frente a bupropión (30%) y placebo (18%). Significativamente más pacientes en el grupo de vareniclina se mantuvieron en abstinencia en la semana 52, comparado con placebo (22% vs 8,4% y 23% vs 10,3%). Esta diferencia fue significativa frente a bupropión en uno de los ensayos (23% vs 15%, $p=0,004$); pero no en el otro (22% vs 16%, $p=0,057$).

En otro ensayo clínico, se valoró el beneficio de una terapia adicional de 12 semanas con vareniclina para el mantenimiento de la abstinencia. Las y los participantes que recibieron vareniclina durante 12 semanas y dejaron de fumar, se distribuyeron aleatoriamente después a vareniclina o placebo durante un periodo adicional de 12 semanas, con un seguimiento total de 52 semanas. Los porcentajes de abstinencia obtenidos fueron estadísticamente significativos frente a placebo a las 24 (70,5% vs 49,6%) y 52 semanas (43,6% y 36,9%).

En una revisión Cochrane de reciente publicación, en la que se incluyen –entre otros- los tres estudios anteriores, se establecen los OR de vareniclina para la abstinencia continua a las 12 semanas frente a placebo: 3,22 (IC95% 2,43 a 4,27) y frente a bupropión: 1,66 (IC95% 1,28 a 2,16).

Los NNT calculados mediante OR obtenidos en otras revisiones Cochrane, asumiendo un 7,5% de abandono tabáquico en los grupos de no tratamiento (placebo), fueron: 8 (IC95% 5 a 11) para vareniclina, 20 (IC95% 17 a 23) para TSN y 15 (IC95% 11 a 20) para bupropión.

Los efectos adversos asociados con mayor frecuencia (10%) al uso de vareniclina en los ensayos clínicos fueron: náuseas (32%), insomnio (19%), dolor de cabeza (18%) y sueños anormales (14%). En la mayoría de los casos, las náuseas aparecen de forma temprana durante el tratamiento, tuvieron una intensidad de leve a moderada y raramente fue necesaria la suspensión del mismo. Al contrario que bupropión, el uso de vareniclina a corto plazo no previene el aumento de peso producido al abandonar el hábito del tabaco; si bien, este efecto sólo se ha estudiado en tratamientos de 12 semanas de duración. La tasa de abandonos por efectos adversos en pacientes tratados con vareniclina fue del 12,9%. Tras finalizar el tratamiento con vareniclina, se ha descrito aumento de la irritabilidad, ansias de fumar, depresión y/o insomnio hasta en un 3% de los pacientes. No se dispone de información sobre su seguridad a largo plazo.

No se han publicado estudios que comparen directamente la vareniclina frente a TSN, la cual es considerada por algunos autores como la terapia de elección para el tratamiento de la deshabituación tabáquica. En el meta-análisis citado se realiza un análisis comparativo indirecto y se detectó también una modesta superioridad de la vareniclina sobre la TRN (OR=1,66; 1,17-2,36).

Tampoco se ha estudiado su eficacia y seguridad en combinación con otras terapias para la deshabituación tabáquica y no se dispone de información sobre su eficacia para mantener la abstinencia a largo plazo.

Podríamos concluir que:

La vareniclina ha mostrado resultados prometedores en los estudios realizados a corto plazo, pero la ausencia de estudios comparativos directos frente a TSN y en combinación con otras terapias para la deshabituación tabáquica, así como la falta de información sobre su seguridad y eficacia a largo plazo, dificultan en la actualidad establecer su papel definitivo en la terapia de la deshabituación tabáquica.

Son necesarios nuevos estudios que permitan comprobar estos primeros resultados, así como la eficacia de vareniclina en la práctica clínica habitual, donde la variabilidad clínica individual es muy diferente a los ensayos clínicos.

Preparados Comerciales

Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg.

Posología y Modo de Empleo

Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar

- 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día.
- 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día.
- 8º día al fin de tratamiento: 1 mg dos veces al día.

Duración del tratamiento

Doce semanas. La ficha técnica no limita el tiempo de uso continuado, pero podría dar lugar a síntomas de dependencia leves, aunque no se ha descrito casos de adicción y abuso. La parada brusca del tratamiento se ha asociado con un incremento de la irritabilidad y trastornos del sueño en el 3% de los casos. Esto puede ser sugestivo de que en algunas personas la vareniclina pudiera producir una cierta dependencia.

Efectos adversos

- Náuseas.
- Cefalea.
- Insomnio y sueños anormales.
- Estreñimiento y flatulencia.
- Vómitos.

Contraindicaciones y precauciones

- Hipersensibilidad al producto.
- No se recomienda su uso en < 18 años.
- No usar en embarazo ni lactancia. (La FDA ha clasificado a la vareniclina como categoría C, para su uso durante embarazo).
- No se dispone de experiencia clínica en pacientes con epilepsia.
- En insuficiencia renal, disminuir la dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina).
- En enero de 2008 la Agencia Española del Medicamento ha difundido una nota informativa acerca de la revisión sobre la seguridad en Europa. Tomando como base las conclusiones del Comité de Medicamentos de Uso Humano, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios considera necesario hacer las siguientes recomendaciones:
 - Debe utilizarse exclusivamente bajo prescripción médica.
 - Debe tenerse especial precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes. También existe la posibilidad de que cualquier paciente desarrolle síntomas depresivos y debe informarse a los pacientes en tratamiento sobre este respecto.
 - En el caso de que aparezca ideación o comportamiento suicida, debe suspenderse el tratamiento inmediatamente.

MATERIAL DE APOYO PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN AVANZADA (INDIVIDUAL Y GRUPAL).

CALENDARIO DEL PROGRAMA		
I. ENTREVISTA DE ACOGIDA		
	DÍA	HORA
Sesión de evaluación		
II. SESIONES		
	DÍA	HORA
1ª Sesión		
2ª Sesión		
3ª Sesión		
4ª Sesión		
5ª Sesión		
6ª Sesión		
III. SEGUIMIENTOS		
3 ^{er} mes		
6 ^o mes		
12 ^o mes		
OBSERVACIONES:		

FICHA SESIONES INTERVENCIÓN AVANZADA

Nombre y Apellidos _____
 Edad _____ Teléfono _____ N° Historia _____ Centro Sanitario _____ Profesional _____

Factores pronóstico

Fagerström: _____ ¿Convivientes fumadores? SÍ / NO N° abandonos previos: _____ Enfermedades SÍ / NO Síntomas: ninguno/pocos/muchos

Autoeficacia: alta/baja Nivel de motivación T. Richmond: alta/baja

Sesiones	N° cigs.	CO	Peso	TAS/TAD	Tratamiento Farmacológico*	Dependencia psicológica	Dependencia fisiológica	Dependencia social
Sesión de acogida								
Sesión 1								
Sesión 2								
Sesión 3								
Sesión 4								
Sesión 5								
Sesión 6								
Seguimiento 3								
Seguimiento 4								
Seguimiento 5								

* Tratamiento farmacológico (TSN: parches, chicles, comprimidos, bupropión, vareniclina): dosis, modificación dosis, cambio de tratamiento, efectos adversos

REACCIÓN ¿Ha dado lugar la reacción a la hospitalización? S/N/O	SESIONES										FECHAS		DESENLACE (p.ej. recuperado, secuelas, etc...)			
	Acogida	1°	2°	3°	4°	5°	6°	SEG.	SEG.	SEG.	SEG.	Inicio		Final		
Nauseas																
Hipo																
Epigastralgia																
Alteraciones del sueño																
Cefalea																
Mareos																
Parestesias																
Alteraciones de la concentración																
Hipertensión																
Palpitaciones																
Dolor precordial																
Infarto de miocardio																
Angina de pecho																
Problemas cerebro vasculares																
Tos																
Mialgias																
Artralgias																
Dismenorrea																
Síntomas locales (especificar)																
Otros (especificar)																

CONTRATO PARA EL COMPROMISO DE DEJAR DE FUMAR

Mediante el presente contrato _____ se compromete a seguir las normas y tareas del PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR, apuntando diariamente los cigarrillos que fuma, respetando de igual manera las normas de funcionamiento del grupo. También se compromete a asistir a las 6 sesiones de tratamiento, que se celebrarán semanalmente en el Centro _____ los días:

Sesión 1 _____	Hora _____
Sesión 2 _____	Hora _____
Sesión 3 _____	Hora _____
Sesión 4 _____	Hora _____
Sesión 5 _____	Hora _____
Sesión 6 _____	Hora _____

así como a los futuros seguimientos.

Por su parte, el/los profesional/es se comprometen a llevar a cabo el tratamiento para dejar de fumar. Asimismo, a mantener la confidencialidad de la información obtenida a lo largo del tratamiento, a informar detalladamente sobre las técnicas de tratamiento y a garantizar que no existen riesgos en la aplicación de éstas.

En _____, a ____ de _____ de 200 ____

FIRMA

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

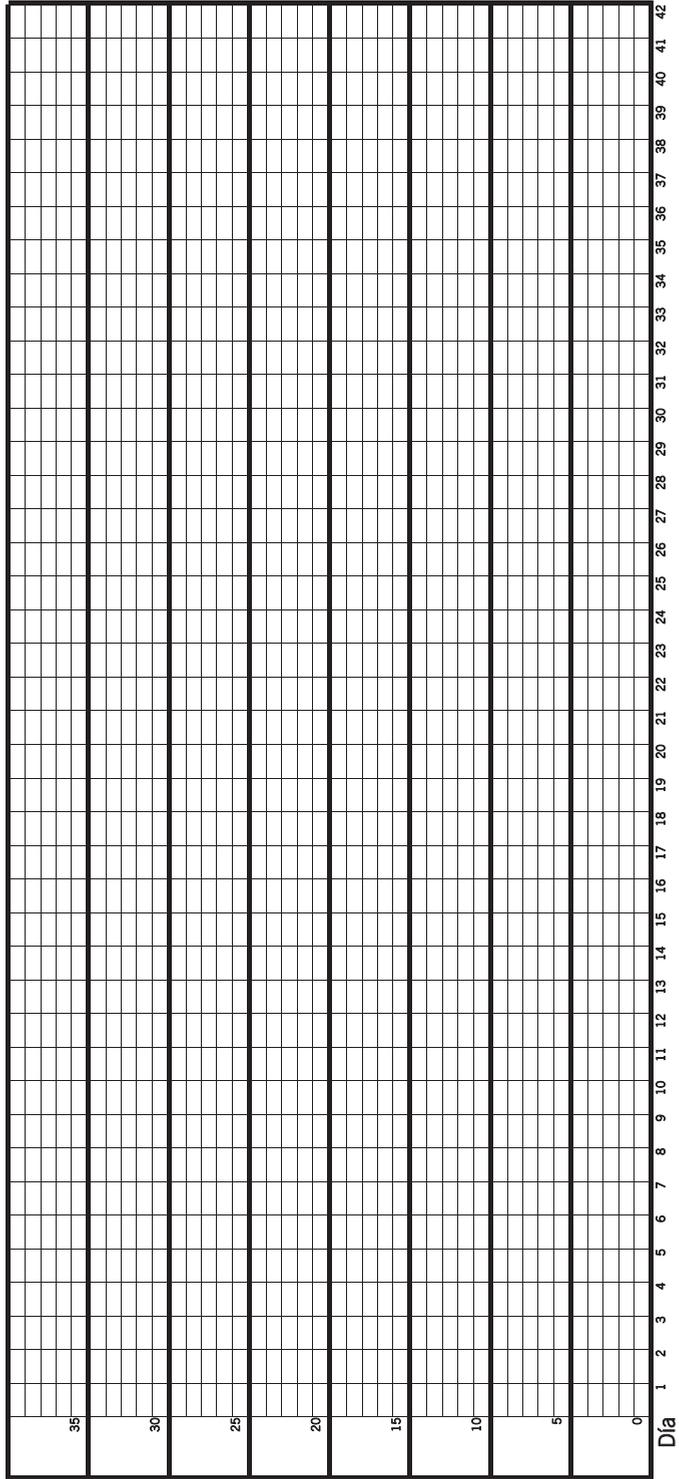
MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR

MOTIVOS A FAVOR	MOTIVOS EN CONTRA

REGISTRO DE CONSUMO

Día			
Cigarrillo	Hora	Placer (0 a 10)	Situación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

GRÁFICA DE CONSUMO



Número de cigarrillos fumados

REDUCCIÓN GRADUAL EN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

TABLA I. Primera semana de reducción en el número de cigarrillos. Cambios en el número de cigarrillos fumados al día.

Si en la semana anterior fumó una media de:	A partir de ahora debe fumar una media de:
60 cigarrillos/día	40 cigarrillos/día
50 cigarrillos/día	35 cigarrillos/día
40 cigarrillos/día	28 cigarrillos/día
35 cigarrillos/día	25 cigarrillos/día
30 cigarrillos/día	20 cigarrillos/día
25 cigarrillos/día	18 cigarrillos/día
20 cigarrillos/día	15 cigarrillos/día
15 cigarrillos/día	10 cigarrillos/día
12 cigarrillos/día	8 cigarrillos/día
10 cigarrillos/día	6 cigarrillos/día
8 cigarrillos/día	5 cigarrillos/día
6 cigarrillos/día	4 cigarrillos/día
4 o menos cigarrillos/día	dejar de fumar

REDUCCIÓN GRADUAL EN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

TABLA II. Segunda semana de reducción en el número de cigarrillos. Cambios en el número de cigarrillos fumados al día.

Si hace dos semanas fumó una media de:	A partir de ahora debe fumar una media de:
60 cigarrillos/día	25 cigarrillos/día
50 cigarrillos/día	20 cigarrillos/día
40 cigarrillos/día	15 cigarrillos/día
35 cigarrillos/día	14 cigarrillos/día
30 cigarrillos/día	12 cigarrillos/día
25 cigarrillos/día	10 cigarrillos/día
20 cigarrillos/día	8 cigarrillos/día
15 cigarrillos/día	6 cigarrillos/día
12 cigarrillos/día	5 cigarrillos/día
10 cigarrillos/día	4 cigarrillos/día
8 o menos cigarrillos/día	dejar de fumar

NOTA: Para efectuar la reducción tiene que rebajar diariamente entre un 5% y un 10% el número de cigarrillos, respecto a los que fumó de media en la última semana. Las reglas le harán más fácil esta reducción.

TRATAMIENTO EN SITUACIONES CLÍNICAS QUE REQUIEREN UNA ATENCIÓN DIFERENCIADA

Opciones de tratamiento en situaciones especiales	
Patología contaminante	Opciones terapéuticas
Cardiopatía isquémica inestable*	CSS, AP, RGINA, bupropión
Cardiopatía isquémica estable	CSS, AP, RGINA, TSN a mitad de dosis
Alcoholismo*	CSS, AP, RGINA, TSN
Úlcus gastro-duodenal activo	CSS, AP, RGINA, bupropión
Úlcus gastro-duodenal controlado	CSS, AP, RGINA, PN, SN, bupropión
Convulsiones	CSS, AP, RGINA, TSN
Anorexia nerviosa y bulimia	CSS, AP, RGINA, TSN
Diabetes Mellitus	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de la dosis
Hipertensión	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión, seguimiento estrecho.
Insuficiencia renal y hepática	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de dosis
Ancianos	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión a la mitad de dosis
Conductores/as y operarios/as de maquinaria Pesada	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión en casos constatados
Trastornos de la articulación temporo-mandibular, trastornos dentarios o aftas bucales	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto CHN y CN), bupropión
Enfermedades dermatológicas extensas, dermatitis atópica	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto PN), bupropión
Enfermedades rinosinusales graves, rinitis alérgica	CSS, AP, RGINA, TSN (excepto SN), bupropión
Fumadores con alta dependencia nicotínica*	CSS, AP, RGINA, TSN, bupropión, TSNAD, TSNRC

CSS: Consejo Sanitario Sistematizado; AP: apoyo psicológico; TSN: terapia sustitutiva con nicotina; CHN: chicles de nicotina; CN: comprimidos de nicotina; PN: parches de nicotina; SN: spray nasal de nicotina; RGINA: reducción progresiva; TSNAD: TSN a altas dosis; TSNRC: TSN para reducir el consumo.

* Preferiblemente en Unidades de Tabaquismo y/o por terapeutas expertos.

